Rok XXVII. Kraków, 9 Czerwca 1888. Nr. 23.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk. | 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ „ 1½ „ | „ 3½ „ | „ 6 „ |




## I. Z III. Oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

## O doszczętném leczeniu przepuklin niezaciśniętych metodą Mac Ewen'a.

Podał
W. H. Krajewski,
ordynator tegoż oddziału.

Równie prawie staremi, jak samo pojęcie o przepuklinie, są próby doszczętnego jéj leczenia, w różnych czasach, z mniejszém lub większém wznawiane powodzeniem. Po usiłowaniach, podjętych w tym kierunku przez Fabriciusa ab Aqua pendente, J. L. Petita i nowszych Gerdyego, Wutzera, Langenbecka Wooda [1]), nastąpił okres zniechęcenia do wykonywania proponowanych w tym celu operacyj — przekonano się o ich małéj skuteczności, a zarazem o wielkiem niebezpieczeństwie, na jakie narażają życie chorego, to skłoniło większość chirurgów do przekładania paska przepuklinowego lub suspensoryjum nad wszelką czynniejszą interwencyją. Dopiero wprowadzenie metody przeciwgnilnéj, zapewniającéj względną bezkarność śmielszym rękoczynom chirurgicznym, zwróciło znow uwagę na kwestyję doszczętnego leczenia przepuklin. W tym nowym okresie rozwoju omawianéj operacyi głównymi promotorami w wyrobieniu metody operacyjnéj i wskazań byli: Nussbaum (1876), Czerny (1877) i Socin (1879).

Od téj chwili upłynęło lat 10, nagromadził się dość obszerny materyjał statystyczny, którego rozbiór krytyczny powinienby dać cenne wskazówki co do wyboru pomiędzy istniejącemi metodami operacyjnemi, jakoteż ściśle oznaczyć, w jakich mianowicie przypadkach do operacyjnego leczenia uciekać się powinniśmy. Kilka jednak prac w tym kierunku ogłoszonych, jakoto: Leisinka [1]), Segonda [2]), Anderegga [3]), wpłynęło dość zniechęcająco, wykazując ogromny procent powrotów cierpienia. I tak: Leisrink oblicza na 20½% powrotów po dokonaniu doszczętnéj operacyi na przepuklinach niezaciśniętych, Auderegg zaś podaje, że powroty w przypadkach operowanych przez Socina stanowią 39%; wprawdzie pocieszają się autorowie prac wymienionych tém, iż w przypadkach, w których następowała recydywa, nowopowstała przepuklina dawała się łatwo utrzymać paskiem, lecz cóż się wygrywało w tych przypadkach, w których i przed operacyją można było paskiem utrzymać przepuklinę? — nic naturalnie, dyskredytowało się tylko operacyję.

Pomimo tych faktycznych danych, wykazujących niedostateczność zabiegu, przedsiębranego w celu usunięcia dokuczliwego kalectwa, grożącego w przyszłości niebezpieczeństwem zaciśnięcia, doszczętne leczenie przepuklin, dokonywane podług téj metody, podług któréj były dokonywane operacyje, będące podstawą statystyki Leisrinka i Anderegga, znajduje dotąd równie bezwzględnych żarliwych zwolenników jak przeciwników. Ciekawą pod tym względem jest ożywiona dyskusyja, która toczyła się ku końcowi roku przeszłego w Towarzystwie chirurgiczném paryzkiém [4]), brali w niéj udział prawie wszyscy znakomitsi chirurgowie Paryża (Richelot, Terillon, L. Championière, Auger, Berger, Terrier, Segon, Trélat, L. Lefort, Polaillon, Verneuil, Tillaux, Reclus) a zdania wygłaszane były przesadnie skrajne. Podczas gdy Lucas Championière na przykład twierdzi, iż doszczętne leczenie operacyjne jest mniéj niebezpieczne aniżeli noszenie paska i proponuje wykonywać operacyję u każdego chorego, mającego przepuklinę, bez względu na to, jaką; Leon Lefort

[1]) Ashhurst. *The international encyclopaedia of Surgery Vol.* V, p. 1137—1151. J. Wood. Hernia.

[1]) *Die moderne Radicaloperation der Unterleibsbrüche* 1883. — [2]) *Cure radicale des hernies* (*Thèse d'agrégation*) 1883. — [3]) *Die Radicaloperationen der Hernien. Deut. Zeitschrift f. Chir.* Bd. 24 p. 207. — [4]) *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris.* Tom XIII, 1887, p. 641, 664, 705, 729.

i Verneuil znajdują, że operacyja stanowczo jest niebezpieczna i wskazana w bardzo wyjątkowych tylko razach. Trélat znów, pomimo iż doszczętną operacyję częściéj wykonywa niż dwaj poprzedni, występuje jednak z propozycyją, aby odrzucono nadawaną téj operacyi dotychczas nazwę: „*cure radicale des hernies*“, jako niesłuszną, a zastąpiono ją słuszniejszą nazwą: „*cure chirurgicale*“; sama propozycyja już dostatecznie wykazuje niewiarę, z jaką operator zapatruje się na ostateczny wynik przedsiębranego rękoczynu.

Rzeczywiście każdy bezstronny chirurg, rozpatrując się w ogłoszonych dotychczas rezultatach doszczętnego leczenia przepuklin, musi przyznać, że nie są one tak świetne, jakby to chcieli wykazać żarliwi zwolennicy operacyi. Ze statystyki Anderegga pokazuje się, iż u Socina, tak doświadczonego w antyseptyce chirurga, umarło 3,6% chorych, poddanych doszczętnemu operacyjnemu leczeniu przepuklin niezaciśniętych, jestto w każdym razie pokaźna cyfra, jak dla chorych, którzy nie podlegali żadnemu natychmiastowemu niebezpieczeństwu utraty życia. Berger [1]), obliczając (na podstawie urzędowych danych) na 8000 rocznie liczbę nowopowstających przepuklin w Paryżu, a na 40 roczną ilość śmierci od zaciśnięcia we wszystkich szpitalach paryzkich, dochodzi do wniosku, iż grożące choremu zaciśnięcie nie częściéj pociąga śmierć za sobą niż radykalna operacyja. Dodając do tego przytoczone wyżéj 39% powrotów cierpienia po operacyi, musimy dojść do przekonania, że w danéj chwili byłoby jeszcze za ryzykownem przyjąć zasadę Lucas Championièra i operować każdą napotkaną przepuklinę; musimy dla naszéj interwencyi ściśle wybierać przypadki, aby chory, poddając się operacyi, miał zawsze nie dwuznaczne widoki osiągnięcia realnych zysków w obec grożącego mu ze strony operacyi niebezpieczeństwa. Teto refleksyje skłaniają większość chirurgów do ograniczenia doszczętnego operacyjnego leczenia przepuklin do następujących przypadków:

1) Do każdéj herniotomii, wywołanéj zaciśnięciem, należy dołączyć próbę doszczętnego wyleczenia przepukliny, gdyż próba ta w niczem nie powiększy niebezpieczeństwa operacyi.

2) Operować tylko takie przepukliny niezaciśnięte, które albo się wcale odprowadzić nie dają, lub téż nie mogą być utrzymane paskiem dobrze zrobionym i to zawsze na wyraźne żądanie samego chorego, któremu przepuklina przeszkadza w spełnianiu codziennych obowiązków.

3) Namawiać do operacyi nareszcie możemy tylko po rozpoznaniu istnienia przepukliny przedotrzewnowéj (*h. properitonealis*) ze względu na zupełną niemożność utrzymania jéj jakimbądź paskiem, daleko ostrzejszy przebieg zaciśnięcia, łatwiéj następującego, jakoteż bezporównania gorsze warunki, w jakich się chory wtedy znajdzie dla dokonania herniolaparotomii.

Oto jedyne, dające się obecnie usprawiedliwić, wskazania do operacyi; będziemy je mogli rozszerzyć, podług aspiracyj Lucasa Championièra, dopiero wtedy, gdy sprowadzimy śmiertelność po operacyi do 0% i gdy wynajdziemy metodę, która nas pewniéj, niż dotychczasowe, od powrotów chronić będzie. Pierwsza da się prawdopodobnie osiągnąć przez racyjonalny wybór przypadków do operacyi, przez unikanie takich wybryków, jak na przykład dobieranie sobie materyjału operacyjnego z domu starców i kalek, jak to czynili Swensson i Erdmann [2]). Co się tyczy drugiego, to właśnie celem niniejszéj pracy jest opisanie metody operacyjnéj Mac Ewen'a, która, mojem zdaniem, lepiéj niż dotychczasowe od powrotów cierpienia zabezpiecza.

[1]) l. c. p. 674. — [2]) *Centr. f. Chirurg.* 1887, p. 223.

Zastanówmy się przedewszystkiém, jakim teoretycznym wymogom powinna zadość uczynić operacyja doszczętnego leczenia przepuklin?

Chcąc uniemożliwić wychodzenie trzew brzusznych po za obręb jamy brzusznéj winniśmy:

1) Znieść zbiornik dla trzew, wytworzony na zewnątrz jamy brzusznéj,

2) Ścianę brzuszną w miejscu, w którém powstał otwór dla przejścia trzew, wzmocnić na tyle, aby się skutecznie mogła opierać nowemu ich naporowi.

Oto dwa postulaty, które każdéj metodzie doszczętnego leczenia przepuklin stawiać powinniśmy; im dokładniéj dana metoda zadość im czyni, tém będzie lepszą. Nie mam tu zamiaru śledzić za historycznym rozwojem operacyi i rozbierać o ile, wyżéj przytoczonym, postulatom odpowiadały kolejno proponowane metody operacyjne, pracę tę podjął i nader sumiennie wykonał kol. Gabszewicz [1]), chcąc się tylko zatrzymać nad temi metodami operacyjnemi, które są obecnie w użyciu.

W chwili obecnéj mamy do wyboru następujące metody operacyjne: [2])

1) Metoda Julliarda-Capitonnage, używana przeważnie przez Francuzów i to tylko w przypadkach, w których oddzielenie worka przepuklinowego od sznurka nasiennego okazało się niemożliwém. Metoda ta polega na nałożeniu szwu katgutowego, piętrowego na szyję worka (począwszy od ujścia wewnętrznego), po poprzedniém odprowadzeniu zawartości worka do brzucha.

2) Metoda Socina, ciesząca się największém rozpowszechnieniem, polega na odseparowaniu i wycięciu worka przepuklinowego, po uprzedniém podwiązaniu szyi, bywa ona kombinowaną lub nie, z nałożeniem szwu na zewnętrzny pierścień kanału pachwinowego, proponowaném przez Czernyego.

3) Metoda Riesela. R. rozcina kanał pachwinowy aż do ujścia wewnętrznego, odseparowuje szyjkę worka na całéj rozciągłości kanału i po podwiązaniu tuż przy połączeniu z jamą brzuszną, odcina ją i usuwa wraz z workiem; następnie z rozciętych ścian kanału wycina takie kawałki, aby po zszyciu pozostawionych części pozostał zaledwie wązki kanał dostateczny dla przepuszczenia sznurka nasiennego; operacyję kończy zaszyciem skóry.

Z trzech przytoczonych tu zabiegów operacyjnych niezaprzeczenie metoda Riesela łączy w sobie najwięcéj warunków powodzenia, dąży do zadosyćuczynienia obu postulatom; dla zastosowania jéj jednak w praktyce potrzeba przedewszystkiém, ażeby istniał kanał, mający pewną długość, opatrzony dwoma otworami: zewnętrznym i wewnętrznym. Tymczasem właśnie w tych przypadkach, w których doszczętna operacyja najbardziéj byłaby wskazaną, kanał najczęściéj znikł zupełnie, przez stopniowe powiększanie się oba otwory (wewnętrzny i zewnętrzny) zlały się w jeden, przy badaniu chorego znajdujemy tylko wielką obrączkę ścięgnistą, przez którą 4 lub nawet 5 palców do jamy brzusznéj wpro-

[1]) Pam. Tow. Lek. Warszaw. T. 83, p. 571. — [2]) Mówić tu będę wyłącznie o przepuklinach pachwinowych, na nich się bowiem wyrobiły prawie wszystkie metody operacyjne. Pomijam milczeniem operacyje, mające zupełnie specyjalne zastosowanie jak np. Nussbauma przyżeganie szyi worka Pacquelinem, Maydla sposób operowania przepuklin pępkowych itd.

wadzić możemy; wtedy naturalnie nie ma mowy o wycinaniu ścian nieistniejącego kanału, o jego zwężaniu, jedném słowem o zastosowaniu przepisów Riesela. Pozostałe obie metody zostawiają kanał pachwinowy w tym stanie, w jakim był przed operacyją, a dążą tylko do usunięcia worka, *respective* do uniemożliwienia dostępu doń trzewom. Naturalnie operacyja Socina jest radykalniejsza, zabezpiecza na dłuższy czas od powrotów (dopóki się nowy worek nie wytworzy); Julliarda zaś operacyja, polegająca na wytworzeniu zrostów między surowiczemi powierzchniami szyi worka, ze względu na rozciągliwość tych zrostów musi szybkie dawać powroty, zresztą ta ostatnia operacyja zbyt rzadko była stosowana, ażeby otrzymane rezultaty mogły stwierdzić te teoretyczne wywody. Obie metody Socina i Julliarda w bardzo tylko niedostateczny sposób czynią zadość drugiemu naszemu postulatowi, tj. wzmocnieniu ścianki brzusznéj *in loco minoris resistentiae.* Tak operacyja Socina jak i Riesela mają jeszcze jednę wadę. W obu, po podwiązaniu szyi worka, chociażby tuż przy połączeniu z jamą brzuszną, powstaje lejek, który odpowiada wewnętrznemu otworowi kanału i jest zadatkiem nowéj przepukliny; nadto, jak słusznie twierdzi Lefort [1]), nowa przepuklina, powstała po tych operacyjach, będzie posiadała w szyjce stwardnienie, odpowiadające bliźnie otrzewnowéj, przyrośniętéj do brzegu wewnętrznego otworu kanału, podczas gdy nowy worek wytworzy się z sąsiedniéj zdrowéj otrzewnéj, a stwardnienie to znakomicie ułatwi zaciśnięcie nowéj przepukliny.

To, iż teoretyczne wywody krytyczne znajdują stwierdzenie na drodze klinicznego doświadczenia, dowodzi niezbicie, że dotychczasowe metody operacyjne nie są dostateczne i zmusza do oglądania się za nowemi.

W sierpniu 1886 r. wystąpił prof. Mac Ewen [2]) z nowym sposobem doszczętnego leczenie przepuklin pachwinowych, popierając go 33 własnemi obserwacyjami. Od téj pory upłynęło już $1\frac{1}{2}$ roku, a nigdzie nie mogłem się spotkać nawet z referatem o pracy Mac Ewen'a; dopiero kol. Gabszewicz [3]), którego uwagę na tę metodę zwróciła, dokonana przezemnie w 1887 r. operacyja, szczegółowo ją opisał; ponieważ jednak zrozumienie opisu bez objaśniających rysunków jest bardzo trudne, ponieważ daléj do podanego przez kol. G. opisu wkradły się małe nieprawidłowości, pozwalam tu sobie podać szczegółowo opis metody Mac Ewena. (C. d. n.)

[1]) l. c. p. 730. — [2]) *Annals of Surgery* 1886, Vol. VI, p. 89—119. — [3]) l. c. p. 589.

---

## II. Stosowanie salicylanu rtęciowego w chorobach kiłowych.

Podał **Dr. Karol Szadek** z Kijowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

Stosując się do podanego przez Silvę Aranjo przepisu, posługiwałem się początkowo $\frac{1}{2}$—1‰ zawiesiną salicylanu rtęciowego, przekonawszy się jednak wkrótce, iż ta powoli i słabo działa, zacząłem wstrzykiwać zawiesinę mocniejszą, mianowicie 2‰, za pomocą któréj udało mi się osiągnąć pomyślnyskutek. Przepis był następujący: *Hydrargyri salicylici* 0,2, *Mucilag. gummi arabici* 0,3, *Aquae destillatae* 60,0. *M. D. S.* Co się zaś tyczy techniki wstrzykiwań, któréj trzymałem się, wyłożyłem ją szczegółowo w poprzednich moich rozprawkach, omawiających leczenie kiły wstrzykiwaniami [1]); wstrzykiwałem téż i nowy przetwór rtęciowy nie pod skórę, lecz głębiéj, w mięśnie pośladka; wstrzyknięcia dokonywałem za pomocą strzykawki Pravaza lub Lewina, opatrzonéj długą igiełką i poddanéj poprzednio wraz z igłą starannéj desinfekcyi.

W tém miejscu opuszczę na chwilę temat właściwy, aby poruszyć dość ważną kwestyję wyboru metody wstrzykiwań przetworów rtęciowych w kile. Przedewszystkiém muszę zaznaczyć jeszcze raz, iż głębokie, śródmięśniowe wstrzykiwania przetworów rtęciowych, zalecane w r. 1885 przez Soffiantiniego [1]), w r. zaś 1886 przezemnie (l. c.) i Bloxama [2]), dzięki łatwości wykonywania ich i w obec braku wybitnego odczynu miejscowego, mogą z pożytkiem dla chorych zastąpić dotychczasowe podskórne wstrzykiwania. Kilkoletnie własne doświadczenie, jakotéż zgodne spostrzeżenia wielu innych autorów, którzy w późniéjszym czasie przekonali się o zaletach śródmięśniowych wstrzykiwań środków rtęciowych w kile, utrwaliły moje przekonanie co do rzeczywistéj wartości omawianéj metody leczenia, która najzupełniéj zasługuje na ogólne rozpowszechniente i uznanie. O ile mogę sądzić z odnośnéj literatury, liczny poczet syfilidologów niemieckich, włoskich, rosyjskich i polskich, przechyla się na korzyść metody leczenia kiły głębokiemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych, porzucając powoli dawną podskorną metodę. Wskażę tu imiona: Arcariego [3]), Salsotto [4]), Trzcińskiego [5]), Kühna [6]), Reinhardta [7]), Rosenthala [8]), Mucharyńskiego [9]), Bendera [10]), Hoffmana [11]), Rieszetnikowa [12]); Neisser, który jeszcze w r. 1885 zalecał podskórne wstrzykiwania kalomelu w kile, od dwóch lat już zaniechał wprowadzenia przetworów rtęciowych do tkanki podskórnéj, natomiast zaś posługiwać się zaczął wstrzykiwaniami głębokiemi w mięśnie pośladka (rozprawka Hartunga [13])). Watraszewski [14]) téż posługuje się wymienioną metodą.

W obec powyższego dziwném zaiste wydało się nam zdanie, wygłoszone niedawno przez Funka, który w rozprawce, ogłoszonéj w *Kronice Lekarskiéj* (1887 rok, zeszyt 2gi) i dotyczącéj obecnego stanu leczenia kiły, odmawia wszelkiéj słuszności metodzie głębokich wstrzykiwań przetworów rtęciowych i wypowiada niepoparte spostrzeżeniami odnośnemi, poniekąd więc bezzasadne, zdanie o szkodliwych następstwach wstrzykiwań wśródmięśniowych w kile; mają one, jak głosi Funk, wywoływać powstawanie wewnątrzmięśniowych ropni, które mogą narazić chorego na groźne nie-

[1]) Leczenie przymiotu za pomocą głębokich wstrzykiwań żółtego tlenniku rtęci w mięśnie pośladka. (*Gazeta Lekarska,* 1886, 21. Leczenie przymiotu głębokiemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych (tamże, 1887, 2, 3. Karbolan rtęci i zastósowanie jego w przymiocie (tamże, 1887, 15).

[1]) *Ancora sul processo di Smirnoff nella cura della sifilide costituzione. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1885, 3, str. 142. — [2]) *Clinical remarks on the treatment of syphilis by subcutaneous injections of mercury. Lancet,* 1886, II, str. 337. — [3]) *La medicazione di Smirnoff nella cura di sifilide. Giornale italiano d. mal. veneree e della pelle,* 1886, 5, str. 266—282. — [4]) *Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle,* 1887, 1, str. 30—31. — [5]) O leczeniu przymiotu za pomocą głębokich wstrzykiwań żółtego tlenniku rtęci. *Medycyna,* 1887, 9, 10. — [6]) *Deutsche med. Wochenschrift,* 1887, 30. — [7]) Tamże, 1887, 41. — [8]) *Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis,* 1887, str. 1101 do 1105. — [9]) Protokóły posiedzeń Towarzystwa lek. w Stawropolu, 1887, III, str. 8—27. — [10]) *Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis,* 1888, 1, str. 55—67. — [11]) *Monatshefte f. prakt. Dermatologie,* 1888, 6, str. 262—265. — [12]) *Wracz,* 1888, str. 77—78. [13]) *Deutsche med. Wchnschrft,* 1887, 16. — [14]) O podskórném wstrzykiwaniu nierozpuszczalnych związków rtęci przy leczeniu przymiotu. *Medycyna,* 1887, 45.

bezpieczeństwo. Gdy jednak po starannem rozpatrzeniu się w odnośnem piśmiennictwie z ostatnich dwu lat, nie podobna wyszukać ani jednego podobnego przypadku, wypada więc odosobnione zdanie Funka uznać za wcale nieuzasadnione i niesłuszne.

Przepraszając łaskawych czytelników za ustęp powyższy, w którym odbiegłem nieco od właściwego tematu, powracam do głębokich śródmięśniowych wstrzykiwań salicylanu rtęciowego, które stósowałem w kile. Ilość wstrzykiwań dokonanych w poszczególnych przypadkach była niezawsze jednakową i wahała się między 6—12 wstrzykiwaniami; w jednym tylko przypadku, w którym miałem do czynienia z osutką grudkową, gęsto rozsianą na całem ciele, musiałem wykonać 16 zastrzyknięć salicylanu rtęciowego dla usunięcia objawów kiłowych. Wstrzykiwania powtarzano co 2 lub 3 dni, zależnie od przypadku. Miejscowy odczyn po wstrzykiwaniach śródmięśniowych salicylanu rtęciowego był zadziwiająco nieznaczny i nierównie mniejszy, niż przy stosowaniu tą samą drogą innych przetworów rtęciowych (kalomelu, surnatu, mrówczanu, żółtego tlenku i karbolanu rtęciowego). Niektóre wstrzykiwania zaledwo się czuć dawały, byli i tacy chorzy, którzy ani razu nie uskarżali się na ból; pojedyncze zastrzyknięcia nawet u czulszych i bardzo nerwowych osób były zupełnie bezbolesne i chorzy ci nie wiedzieli nawet, czy i kiedy wykonano tę małą operacyję. U innych znów osób wstrzykiwania niebolesne przeplatały wstrzykiwania, po dokonaniu których uczuwali chorzy przez kilka godzin nieznaczny ból lub uczucie ciężaru w okolicy nakłócia; nigdy jednak nie spostrzegaliśmy po wstrzykiwaniach salicylanu rtęciowego tych długo trwających i dotkliwych bólów, jakie nierzadko powstają po wstrzykiwaniach podskórnych innych nierozpuszczalnych lub nawet rozpuszczalnych związków rtęciowych. Uczucie bólu trwało w naszych przypadkach co najwyżej kilka godzin. Powstawania nacieczeń zapalnych i stwardnień w okolicy wstrzykiwań, zjawisk dość często napotykanych przy stósowaniu podskórnem rozmaitych przetworów rtęciowych, nie spostrzegaliśmy w naszych przypadkach, w których dokonywaliśmy wstrzykiwań śródmięśniowych salicylanu rtęciowego: pośladki pozostawały miękkiemi i nie obrzmiewały; pomijamy już tu ropnie, których też nietylko przy stósowaniu salicylanu rtęciowego, lecz w ogólności od czasu porzucenia metody podskórnej w ogólności ani razu nie napotykaliśmy; objawów zatrucia rtęciowego również nie spostrzegaliśmy; łagodniejsze atoli objawy zajęcia rtęciowego ust w niektórych przypadkach występowały, lecz dopiero pod koniec leczenia i łatwo można je było usunąć użyciem odpowiednich środków miejscowych. Skutek leczniczy wstrzykiwań śródmięśniowych salicylanu rtęciowego w kile drugorzędnej był zwykle doraźny i dawał się zauważyć już po kilku wstrzykiwaniach; od 8—12 wstrzyknięć wystarczało najzupełniej do usunięcia wszystkich objawów chorobowych, z wyjątkiem chyba obrzmienia gruczołów, które, jak zwykle, opierało się nieco leczeniu. W jednym tylko przypadku uporczywej kiły wstrzykiwania salicylanu rtęciowego okazały się mało skutecznemi, w skutek czego zmuszony byłem przeprowadzić metodyczny kurs wcierań podług metody Simona. We wszystkich prawie przypadkach kiły, leczonych za pomocą śródmięśniowych wstrzykiwań salicylanu rtęciowego, uzupełnialiśmy właściwe leczenie podając przez jakiś czas wymieniony środek wewnętrznie.

Widzimy więc, że salicylan rtęciowy w porównaniu z innemi wprowadzonemi podskórnie nierozpuszczalnemi związkami rtęciowemi posiada tę zaletę, iż wstrzyknięty w mięśnie pośladkowe miejscowo prawie nie drażni i nie wywołuje nacieczeń zapalnych, stwardnień lub ropni w okolicy wstrzykiwania; bólów często nie bywa, jeśli zaś występują to są zwykle nieznaczne i nierówne, krócej trwające niż to bywa po wstrzykiwaniach innych przetworów rtęciowych, nie wyłączając też zalecanego w zeszłym roku przezemnie karbolanu rtęciowego. Nowy więc środek zalecany przez Silvę Aranjo jest przetworem rtęciowym najdogodniejszym do stosowania w postaci głębokich śródmięśniowych wstrzykiwań w kile; pod względem skuteczności jednak ustępuje nieco kalomelowi i tlennikowi żółtemu rtęci.

Zestawiając tedy wyniki otrzymane przy stósowaniu salicylanu rtęciowego w rzeżączce i kile, musimy przyjść do następnych wniosków:

1. Salicylan rtęciowy jest również skutecznym w kile, jak i inne używane dotychczas przetwory rtęciowe; środek ten bardzo nadaje się do stósowania go w kile drugorzędnej; wewnętrznie podawany zmusza do znikania łagodniejsze objawy kiłowe; jako leczenie następowe po odbytem poprzednio leczeniu wstrzykiwaniami stósowanie wewnętrzne salicylanu rtęciowego jest też bardzo odpowiedniem. Wprowadzony do ustroju drogą wstrzykiwań śródmięśniowych, salicylan rtęciowy szybko i doraźnie usuwa wszystkie objawy kiłowe.

2. Przy stósowaniu wewnętrznem lub w postaci śródmięśniowych wstrzykiwań środek nowy nie wywołuje żadnego ubocznego działania; pod tym względem salicylan rtęciowy wyróżnia się od innych związków rtęciowych, można go zatem uważać za najodpowiedniejszy przetwór rtęciowy dla stósowania w kile.

3. Zewnętrznie stósowany jest środek ten bardzo pomocnym w rozmaitych cierpieniach kiłowych miejscowych, wywołując resorbcyję nacieków kiłowych i zabliźnienie się wrzodów pierwotnych i drugorzędnych.

4. W rzeżączce ostrej i przyostrej stosowany salicylan rtęciowy poronnego działania na sprawę chorobową nie wywiera, w niektórych jednak przypadkach działa bardzo pomyślnie i zmniejsza wydzielinę, osłabiając objawy zapalne.

---

## III. Oceny i sprawozdania.

### Fizyjologija.

Karol Richet: **Doświadczenia nad ciężarem zwierząt.**

Zwierzę, umieszczone przez pewien czas na bardzo czułej wadze, traci dosyć szybko swój ciężar. Celem dokładnego zbadania tej utraty, przystósował R. do jednej ze szalek wagi piórko, rysujące ruchy szalki na walcu obracanym przyrządem zegarowym. Do powierzchni walca przylepiał papier z podziałką wymierzoną w ten sposób, że odległości linij poprzecznych odpowiadały rozmaitym wielkościom ruchów szalki, linije zaś podłużne oznaczały czas. Jeżeli zrównoważono bardzo dokładnie ciężar badanego zwierzęcia z odpowiedniemi ciężarkami, można było w ten sposób bardzo ściśle oznaczyć następowe zmiany w ciężarze badanego zwierzęcia. Oddawany podczas doświadczenia mocz i kał były równocześnie ważone. Wyniki ze 150 doświadczeń są następujące:

Nigdy nie można zauważyć niezmienności ciężaru, a tem mniej powiększenia. Natomiast spotyka się zawsze zmniejszenie dosyć szybkie, odwrotnie proporcyjonalne do ogólnego ciężaru zwierzęcia. Jeżeli nie uwzględniamy, jak w danem doświadczeniu, utraty ciężaru przez oddawanie kału i moczu, musimy myśleć o utracie *a*) przez wydalenie $CO_2$, *b*) przez wydzielanie pary wodnej, bądźto drogą oddechania skórnego bądźto *c*) drogą oddechania płucnego. Utratę $CO_2$ wyrównywa tlen przybierany z powietrza w tym stosunku, że np. u kró-

lika w jednéj godzinie dostaje się do ustroju, w miejsce 1gr. $CO_2$, 0·95 tlenu, co równa się ogólnéj stracie 0,05gr. Strata jest stosunkowo do ogólnego w jednéj godzinie ubytku 1·75 grama stanowczo za małą. Według obliczeń utrata drogą oddechania skórnego jest również nieznaczną. W obec tego utrata pary wodnéj przez płuca pozostaje najważniejszą przyczyną zmniejszenia się ogólnego ciężaru zwierzęcia.

Oto wyniki, do jakich doszedł R. swojemi oznaczeniami. Oprócz jednak oryginalności sposobu, jakim zostały zdobyte, nie przedstawiają one nic nowego. Ścisłe bowiem oznaczenia gazów oddechowych wykryły już dawno powyższe zjawiska. (*Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1887, Nr. 8).

*Dr. Idziński.*

## Medycyna wewnętrzna.

Prof. Liebermeister (Tybinga): **O gorączce i jéj leczeniu.**

Od czasu ogłoszenia dzieła „O patologii i terapii gorączki (1875) nie zabierał L. głosu mimo zarzutów czynionych z rozmaitych stron jego zapatrywaniom a milczenie to trwało dziesięć lat. Dopiero w roku 1887 ogłosił szczegółową patologiję i terapiję i w dziele tém zestawił wszystko, co nowsza literatura w téj sprawie podaje, za czém się sam oświadcza a czego nie uznaje. Nie odpowiadał na pojedyncze zarzuty zaraz po uczynieniu mu takowych, gdyż jestto jego zdaniem z jednéj strony i niemożliwe i nie wiele warte. Owszem pracował nad niemi i starał się sam jeszcze zmienić w swojéj teoryi o gorączce i leczeniu jéj to, co jeszcze nie jest dokładnie i jasno wytłumaczone i uzasadnione. Obecnie jednak widocznie bardzo nieprzyjemnie dotknęły go zarzuty prof. Unverrichta (z Jeny) w *Berl. klin. Woch.*, 1887, Nr. 21 i 22 skoro na nie odpowiada i wywody prof. U. zbić się stara. Zarzuty prof. U. dają się zebrać w trzech zdaniach 1) Zimne kąpiele nie działając wcale przeciwgorączkowo, nie obniżają podwyższonéj ciepłoty. 2) Leki przeciwgorączkowe działają obniżając ciepłotę, nie przynoszą jednak korzyści choremu, owszem mu szkodzą. 3) Wysoka ciepłota w chorobie zakaźnéj nie jest wcale niekorzystną dla chorego, owszem służy mu do zwalczenia choroby. Gdyby tak było, jak U. sądzi, byłoby zdaniem L. rzeczywiście niedobrze z nowoczesném leczeniem gorączki, a mianowicie zdaje się U. należeć do tych, którzy w łatwy i wygodny sposób, nie zadając sobie wiele trudu, chcieliby za pomocą chłodnych kąpieli osiągnąć wielkie obniżenie ciepłoty. Jeszcze w r. 1859 powiedział prof. L., że za pomocą chłodnéj kąpieli można cieplotę ciała obniżyć o 0·54°—0·58°C., jeśli nie trwa więcéj, niż 10 minut, ale że mimo to ciepłota wewnątrz ustroju jeszcze się podnosi, bo człowiek nie ochładza się tak jak kawałek żelaza, czyli człowiek broni się już z natury w ten sposób od zbytniéj utraty ciepla; chcąc obniżenie znaczniejsze osiągnąć, należy kąpiele chłodne stosować często i w porze odpowiedniéj, za taką znowu uważa L. czas między godziną 11tą w nocy a 7ą nad ranem.

Leki przeciwgorączkowe mogą zaszkodzić choremu ale wtedy, gdy lekarz podaje je lekkomyślnie i bez celu, można o nich powiedzieć, co wolno powiedzieć o nożu mającym uleczyć chorego w ręku zwykłego lekarza a zawodowego chirurga. Kto ostatniemu niezaufa? Zdaniem L., należy leki przeciwgorączkowe podawać, nie jako takie, lecz dla wypełnienia pewnego a należytego wskazania, bo bądźcobądź leki te nie są dla ustroju obojętne, a nowsze są nawet truciznami. Wreszcie należy je podawać wszędzie tam, gdzie albo za pomocą kąpieli nie osiąga się znacznego obniżenia ciepłoty albo gdzie są przeciwwskazania do ich zastosowania, jak np. zapalenie otrzewny, krwotoki kiszkowe, osłabienie czynności serca z obniżeniem ciepłoty na obwodzie ciała.

Zarzut trzeci jest zupełnie nieuzasadnionym, bo jeszcze w r. 1875 napisał L. „O leczniczém działaniu gorączki" a więc jeszcze wtedy, kiedy wcale nie istniało zapatrywanie o tém teleologiczném znaczeniu gorączki a co jakby coś pewnego zdaje się wynikać z genijalnéj teoryi Miecznikowa o walce ciałek białych przeciw mikroorganizmom, przez niego fagocytyzmem zwanéj. Jednak to należy uwzględnić i przez cały przebieg gorączki pamiętać, że ogniem można wprawdzie zniszczyć pasorzyty w domu, ale że od niego bardzo łatwo cały dom zająć się może, że więc ciepłota wysoka nie jest wcale obojętną dla ustroju, jak to twierdzi prof. U. i że nie można wcale doświadczenia ze zwierząt przenosić na człowieka i że zapewnieniu jego jakoby człowiek bez szkody mógł znieść 44°C. nie należy wierzyć. Podania z dawnych czasów a obecnie prof. U. należy uważać za bajkę.

Prof. L. wyraża nadzieję, że dopóki się coś lepszego nie wykaże, utrzymają się zdania jego wyrażone na Zjeździe międzynarodowym w Kopenhadze w r. 1884 że w wielu chorobach gorączkowych wynika niebezpieczeństwo dla chorego z wysokiéj ciepłoty; że zadaniem jest lekarza w tych przypadkach zwalczać ją za pomocą odpowiednich środków, że główną podstawę przeciwgorączkowego leczenia stanowią kąpiele chłodzące, że w niektórych przypadkach stosowném jest podawać leki przeciwgorączkowe. Nad każdym z tych zdań zastanawia się obecnie L. znowu szczegółowo, powtarzając wszystko to, co na wspomnianym Zjeździe w referacie własnym wypowiedział. (*Dt. med. Wchnsch.*, 1888, Nr. 1i2). *H. K.*

Prof. Eichhorst (Zurych): **O nowoczesnych środkach nasercowych.**

E. przypisuje wielkie znaczenie stosowaniu naparstnicy razem z wyskokiem. Ostatnie podniecają w sinicy pobudliwość ośrodka nerwu błędnego, zmniejszoną przez kwas węglowy i ułatwiają przez to działanie naparstnicy. Dla tego autor poprzedza używanie naparstnicy podawaniem wielkich dawek wyskoku albo dodaje do naparu naparstnicy z 1grm. na 200,0 około 30,0 wyskoku. Dla osiągnięcia szybkiego skutku daje E. pierwszeństwo przed naparem używaniu liści sproszkowanych, które można połączyć z kalomelem, aby wydzielanie moczu powiększyć. Do naparstnicy zbliża się *strophantus* a działanie obu tych środków porównywając twierdzi E., że naparstnica rozwija swe działanie szybciéj i pewniéj, *strophantus* zaś ma tę zaletę, że nie ma działania zbiorowego, tak że można go podawać i dłużéj z dobrym skutkiem. E. podaje *tinct. strophant.* 3 razy dziennie po 15 kropli. W jednym przypadku chora wypiła całą flaszeczkę naraz (10,0) bez objawów otrucia. *Spartein* poleca E. do zwalczania dychawicy u osób chorych na serce. *Kofein* jako wyborny środek moczopędny ma pierwszeństwo tylko tam, gdzie chodzi o podniesienie wydzielania moczu. Leczenie lekami trzeba połączyć z leczeniem dyjetetyczném. Ograniczenie dowozu płynów podług Oertla uważa E. za postępowanie cenne. Ruchy zaś fizyczne można tylko z wielką ostrożnością polecać a to po staranném rozważeniu poszczególnego przypadku. (*Schweiz. Korresp. Bl.*, 1888, Nr. 2). *Dr. R. Spira.*

Haas (Erlanga): **O odczynnikach barwikowych na kwas solny w treści żołądkowéj.**

Liczne próby, jakie H. robił z metylanilinfijoletem (Uffelmann), tropeolinem OO, odczynnikiem Mohra (rodanek potasu i sześciochlorek żelaza w roztworze wodnym), borówkowym barwikiem (Uffelmann), roztworem kwasu karbolowego i chlorkiem żelaza, papierkiem Kongo, roztworem florglucyno-wanilinowym (Günzburg), roztworem eozynu, a wreszcie i barwikiem metylo-pomarańczowym pouczyły go, że z wymienionych odczynników najlepszym jest barwik florglucyno-wanilinowy jako nieulegający zmianom nawet w obec białka, peptonów, fosforanu sodowego lub soli kuchennéj. Po nim następuje barwik borówkowy i tropeolinowy; ostatni ze względu na łatwość w wykonaniu próby autor bardzo poleca. Inne są mniéj pewne, należy ich ostrożnie próbować. Do szybkiego zoryjentowania się, czy kwas solny znajduje się wolny w przesączu, dobry jest papier Kongo. Jeżeli próba z papierkiem Kongo, następnie i tropeolinem wypadnie dodatnio, można, zdaniem H., oznaczyć ilość kwasu solnego na 1°/₀₀. (*Münch. med. Wochensch.*, 1888, Nr. 5, 6, 7). *H. K.*

## Położnictwo.

Prof. Stumpf (Mnichów): **Przyczynek do symptomatologii i terapii drgawek porodowych.**

W podręcznikach czytamy, że drgawki porodowe przeważnie przypadają na czas po rozpoczęciu się porodu i dla tegoto powszechnie wprowadzają drgawki w pewien związek przyczynowy z aktem rodzenia albo uważają poród za okoliczność usposabiającą do nich. Tymczasem spostrzeżenia ścisłe prof. Stumpfa inaczéj każą o nich sądzić i pomimo, że Schroe-

der opiera swoje zdanie na statystyce wynoszącéj kilka setek a Stumpf miał sposobność widzieć i badać zaledwie 27 przypadków, przecież występuje z niemi, bo doszedł do nieco odmiennych aniżeli inni wyników i doświadczeń.

Z 27 przypadków wystąpiły drgawki tylko 6 razy po prawdziwém rozpoczynaniu się aktu rodzenia, a z tych 5 razy dopiero ku końcowi, już w okresie wydalania płodu; raz w połogu; reszta 20 przypadków dotyczy ciężarnych kobiet, u których ani śladu rodzenia jeszcze nie było; dopiero z czasem wśród drgawek lub w skutek nich rozpoczynały się bóle porodowe, a u wszystkich 20 wydalenie płodu nastąpiło przed zwykłym okresem. Co do czasu ciąży, w którym drgawki się zaczynały, przypada na X miesiąc przypadków 3, na IX miesiąc przypadków 6, na VIII miesiąc przypadków 6, na VII miesiąc przypadków 3, IV miesiąc przypadków 2. Wystąpienie więc drgawek przed 28 tygodniem ciąży nie jest znowu, jak Spiegelberg chce, tak rzadkie, gdyż w téj małéj tabelce mamy aż 5 przypadków t. j. prawie piątą część wszystkich razem, w których wystąpiły przed 26 tygodniem a 2 gdzie nawet jeszcze w pierwszéj połowie ciąży. Drgawki więc zdają się być nie powikłaniem porodu lecz w przeważnéj części powikłaniem ciąży, które prowadzi do wczesnego porodu. Nie można zaprzeczyć, że przez poczynający się poród i następowe silne zadraźnienie czuciowych nerwów przewodu rodnego odruchowo napady się wzmagają. Z tych 27 spostrzeganych 21 było pierwiastek; można się więc, mówi S., co do tego zgodzić z innymi, że dostają je zwykle kobiety albo za młode albo już starsze.

Z objawów najczęstszych i najbardziéj uderzających należy w pierwszym rzędzie, zdaniem S., wyliczyć białkomocz. Był on w każdym z 27 przypadków, nawet wszędzie powtarzało się to samo zjawisko, że po skończeniu się napadu ilość moczu powiększała się, za to ilość białka zmniejszała się, przy każdym dalszym napadzie białkomocz się zwiększa. Często mógł S. wykazać w moczu chorych cukier ale w nieznacznéj ilości, objawowi temu nie przypisuje S. żadnéj wagi. Stale za to spotykamy podczas napadu przyspieszenie tętna, 100—120 uderzeń na minutę; raz wśród badania zauważył, że ilość uderzeń tętna pod palcem podwójnie się powiększała, przepowiedział na podstawie tego napad, który rzeczywiście wystąpił. Podczas każdego napadu ciepłota ciała jest podniesiona; z każdym dalszym napadem podnosi się o parę dziesiętnych, na co Winckel także zwraca uwagę i może nawet dojść do 40°C. Jeśli się ciepłota wysoka utrzymuje nawet po ustąpieniu napadu, należy z rokowaniem bardzo być ostrożnym, przypadek taki zwykle kończy się śmiercią. Lepiéj należy rokować, jeśli pomału spada. Ilość oddechów przyspieszona (20—22). Na niektóre ciekawe objawy ze strony układu naczyniowego i nerwowego mało dotychczas zwracano uwagi, jak wynaczynienia podskórne, które z upodobaniem występowały tam, gdzie zadziałał jakiś uraz, gdzie naprzykład zrobiono podskórne wstrzykiwanie eteru lub olejku kamforowego. Nieraz zaś widział tworzące się wynaczynienie podskórne już po kwadransie w miejscu, gdzie lek wstrzyknięto. Wynaczynienia przedstawiały zwykle właściwe zabarwienie niebieskie. Raz widział takie wynaczynienia u choréj, u któréj żaden uraz nie zadziałał ani wstrzyknięcia nie zrobiono. W przypadkach takich należy źle rokować. Nierzadko można się spotkać z nadmierną nadczułością i w niejednym przypadku najmniejszy bodziec zewnętrzny wywoływał nowy napad. Jedna chora po napadach nie przyszła do siebie, straciła pamięć, jedna po 18 napadzie leżała 36 godzin bez przytomności, zbudziwszy się dostała obłędu prześladowczego i musiano ją przewieźć do zakładu dla obłąkanych.

Leczenie tego ciężkiego powikłania ciąży i porodu, od dawnego odmienne, sprawia że i rokowanie bywa lepsze. Upust krwi zupełnie z leczenia usunąć należy. Nasze zachowanie się lecznicze jest tylko profilaktyczne; a powinno się ono rozpocząć nie wtedy, gdy już mamy typowy napad, lecz kiedy mamy zaledwo okres zwiastunowy; a że przyczyny trzeba nam szukać w nerkach, należy też na nie działać albo wprost albo uboczną drogą i tu przekonano się, że najlepsze jest działanie napotne S. w swojéj klinice wywołuje obfite poty u chorych tak samo, jak to polecił Breus za pomocą kąpiel i zawijań. Z postępowania tego był zawsze zadowolony co do wyniku; pilokarpin czyni to samo podskórnie wstrzyknięty, ale dla ubocznych działań i szkodliwych wpływów należy go porzucić. Prof. Winckel działa w takich przypadkach odwodząco za pomocą środków drażniących drogą przewodu pokarmowego i S. doświadczał tego sposobu; jest on nie zły; w ciężkich przypadkach, w pierwszych z rzędu napadach można i napotnie i na przewód pokarmowy działać. Trzeba jednak wiedzieć, które leki drażniące podać wolno (*Extr. rhei compos. Extr. colocynt. āā* 1·5 na 30 pigułek, jednę do trzech rano zaleca brać Winckel). Podczas samego napadu stósuje S. *per anum* wlewania wody z 2gr. wodnika chloralu lub wdychiwania chloroformu. Stanowczo przeciwny jest wszelkim zabiegom operacyjnym dla uratowania płodu robić się mającym, bo nietylko, że się matce nic tém nie pomaga, ba nawet zaszkodzić można, ale nadto wydobywa się na świat dzieci niedonoszone. (*Münch. med. Wchnsch.*)

*H. K.*

## Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Neisser (Wrocław): **O nowych postępach w leczeniu kiły.**

Autor zastanawia się najpierw nad leczeniem okresu pierwszego kiły, przyczém oświadcza, że każdą miejscową zmianę kiłową należy jak najwcześniéj zniszczyć albo głęboko wyciąć, nawet wtedy gdy rozpoznanie jeszcze nie jest pewne; zabieg ten może tylko pomódz, gdyż w razie omyłki rozpoznawczéj (o czém dalszy przebieg poucza), zabieg operacyjny tak mały nic nie szkodzi, powtóre jeżeli to była kiła, to postępując w ten sposób można nawet chorobę zupełnie usunąć. W każdym razie nie należy chorego zupełnie z oka spuszczać. Nawet już rozwinięte wrzody pierwotne radzi N. wycinać, przypuszcza że tu niekiedy zupełne wyleczenie jest możliwe, okoliczność tylko, że nie można tego w każdym przypadku na pewne chorym przepowiedzieć, sprawia, że zarówno lekarze jak i chorzy niechętnie się do téj operacyi skłaniają. Choćby nawet potém kiła ogólna wystąpiła, to zdaniem N. przebiega ona łagodniéj, należy jednak i gruczoły już zajęte wyłuszczyć. Jeżeli się wrzodu nie wycięło, poleca N. jako najlepszy kalomel w rozczynie wodnym soli kuchennéj albo plaster rtęciowy do leczenia miejscowego.

Co do ogólnego następowego leczenia uważa rtęć za lek przeciw kile swoisty, wszystkie inne zaś leki jak przetwory jodowe, kąpiele itd. za pomocnicze tylko przy leczeniu rtęcią. Leczenia jednak ogólnego rtęcią nie powinno się pierwéj rozpoczynać, dopóki rozpoznanie kiły nie jest pewném, gdyż trafia się, że w przypadkach wcześnie leczonych zmiany ogólne przez kilka lat nie występują, a potém się nie wie, czy to zawdzięczyć należy leczeniu czy téż mylnie kiłę rozpoznano. Leczenia ogólnego nie należy kończyć przed czwartym rokiem choroby bez względu na to, czy są objawy kiły, czy ich nie ma. To właśnie uważa N. za największy postęp w jéj zwalczaniu. Poleca przytém albo wewnętrznie sublimat (0·03—0·04 *pro die*) w rozczynie wodnym soli kuchennéj z mlekiem pić po jedzeniu, albo jako najlepsze wstrzykiwania kalomelu w oliwie (1·0 na 10·0) lub *oleum cinereum* lek polecony przez Langa. Podane przez Unnę zawijania w plaster rtęciowy uznaje za dobre i poleca szczególnie do zastósowania u biednych i u dzieci. O kąpielach sublimatowych wyraża się nieprzychylnie. Przeciw kłykcinom zaleca nastój sublimatowo-benzynowy (1·0 na 100·0); przeciw wrzodom kiłowym zamiast jodoformu jodek bizmutu. Jodol nie dobre mu oddawał usługi. Jodek potasu lub sodu należy, zdaniem N. podawać w znacznych dawkach, jeśli chcemy szybki a dobry skutek po nim widzieć, mianowicie 6·0—8·0—10·0 *pro die* w mleku, a na lekkie objawy zatrucia jodem radzi nie zwracać uwagi, lecz daléj lek podawać. Poleca także jako bardzo dobre leczenie skombinowane rtęcią i jodem, leczy się wtedy nietylko objawy ale chorobę samą. Przed zawarciem związku małżeńskiego lub podczas ciąży należy bez względu na to, czy są jakie objawy czy ich nie ma, energicznie podawać leki przeciwkiłowe, a wtedy, powiada N., rzadsze będą przypadki rozmaitych chorób mózgu i rdzenia zarówno u starszych jak i u dzieci, u których coraz śmieléj zaczynamy się

domyślać kiły, podczas gdy dotychczas były dla nas zupełnie prawie niewytłumaczonemi. (*Bresl. ärztl. Zeitsch.*, 1888, Nr. 2).
*H. K.*

(*H. K.*) Unna: **O leczeniu liszaja.** W *Monatshefte f. Dermatologie* 4 podaje U. **skuteczną a łatwą metodę leczenia liszaja żrącego:** ostre zwykłe wykłuwacze do zębów drewniane, obwinięte watą i zamaczane w roztworze składającym się z *Hydrarg. bichlor. corros.* 1·0, *acid. carb.* 4·0, *spiritus* 20·0. *DS.* zewnętrznie, zapuszcza się do guzków naciętych poprzednio lancetem. Zabieg ten powtarza się w kilku posiedzeniach, każdym razem pewną tylką część się niszczy. W krótkim stosunkowo czasie leczenie się kończy. a sposób ten ma nadto tę zaletę, że nie sprawia tak wielkich bólów i że można bezpiecznie obok niego i inne leczenie przeciwliszajowe przedsięwziąć. W 2—3 dni po każdém posiedzeniu nie ma już prawie ani śladu naruszonego guzka liszajowego. (*Münch. med. Wochensch.*, 1888, Nr. 12).

### Medycyna sądowa. (C. d.)

A. Paltauf: **Dobrowolne pęknięcie jelita grubego u noworodków.** W r. 1863 opisał Breslau (*Monatsschrift f. Geburtsk.*, t. 21) jeden, a w 96 tomie archiwu Virchowa Zillner 4 przypadki pęknięcia *S. romanum* u noworodków. Pierwszy nie umiał przypadku swego wcale wytłumaczyć, ostatni przypuszczał, że pęknięcie to następuje *inter partum* w skutek ucisku wywartego na ciało dziecięce, gdy *S. romanum* napełnione jest smołką lub że wywołane zostaje ręką akuszerek wśród obrotu lub ekstrakcyi. P. ogłasza obecnie 5 przypadków nowych z zakładu prof. Hofmanna, tyczących się nietylko *S romanum*, lecz w ogóle jelita grubego. Z tych przypadków wynika niewątpliwie, że pęknięcie nie powstaje wśród i w skutek porodu, lecz jest następstwem nekrozy tkanek, dotyczącéj nietylko bł. śluzowéj, lecz i mięsnéj i podśluzowéj; ostatnia utrzymuje się najdłużéj. Uraz wykluczyć należy stanowczo, mamy tu bowiem analogiję u dorosłych, a mianowicie zmiany wywołane w jelicie w skutek zatrzymania kału, t. zw. zmiany sterkoralne. Przedewszystkiém pęka bł. mięsna w skutek wynaczynienia pomiędzy warstwami ściany jelitowéj a włóknami mięsnemi, a ostatnie przedzierają się raz skutkiem rozepchnięcia, a powtóre skutkiem zboczeń w odżywianiu i zadziałaniu wybroczyny na istotę mięsną. (Virchowa Archiw, t. 111; z. 3, 1888).

## IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sprawozdanie z walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 20 grudnia 1887.

Obecnych członków 15 miejscowych i 2 zamiejscowych. Koll. Radojewski z Janowca i Szrant z Pniew, jako goście koll. Bogdan Wicherkiewicz i Dr. Fraenkel z Poznania, Dr. Trzciński z Obornik i Dr. Kożuszkiewicz z Jerzyc.

Prezes kol. Kaczorowski zagaja posiedzenie. Na przewodniczącego posiedzeniu powołano kol. Radojewskiego.

Kol. Radojewski wspomniawszy o przypadku przeniesienia szkarlatyny i dyfteryi opowiada przypadek raka, powstałego u księdza 40-letniego w okolicy lewéj podbrzusznéj. U chorego poprzednio zupełnie zdrowego powstają objawy zapalenia otrzewny, jako takie uważane przez kilku lekarzy, dopiero późniéj w obec niepotwierdzającego się dalszym przebiegiem rozpoznania zasięgnięto pomocy chirurga, który przez laparotomiję doszedł do rozpoznania raka połączonego z kiszką. W obec znacznego jego rozgałęzienia, wyłuszczenia zaniechano. W skutek przedziurawienia kiszki esowatéj dostawał się kał do jamy otrzewnowéj i wywoływał częste zapalenia otrzewny.

Kol. Zielewicz podnosi ważność laparotomii próbnéj w początkach podobnych cierpień. Rozpoznanie zapalenia otrzewny nie miało podstawy.

Kol. Preibisz referuje o użyciu i nadużyciu napojów wyskokowych w lecznictwie.

Cofnijmy się o trzydzieści lat w tył i rozpatrzmy się nasamprzód, o ile wtedy wyskok jako lek był polecany i używany, a znajdziemy wielką różnicę między dawniéj a dzisiaj. Schoenlein, którego przez długi czas byłem uczniem, w żadnéj ostréj gorączkowéj chorobie nie przepisywał wyskoku, używał go tylko jako środka dyjetetycznego w rekonwalescencyi. Tak samo słyszałem Bambergera w owych latach ostrzegającego przed podawaniem wyskoku w chorobach ostrych, zwłaszcza zapalnych. Od lat mniéj lub więcéj 20 wyskokowe napoje w lecznictwie coraz szersze pole uzyskiwały, aż po dziś dzień doszło do tego, iż powiedziałbym, że nie ma prawie choroby, w któréjby wyskok nie był podawany. Szukajmy przyczyny w postępie nauki lekarskiéj. Gdy już nie ręką, ale termometrem mierzono temperaturę u chorych, przekonano się, iż wyskok, o którym dawniéj mniemano, iż powiększa gorączkę, nie zwiększa ciepłoty ciała, ale nawet obniża ją w wielkich podany dawkach. Daléj za pomocą termometru przekonano się o wielu lekach, iż podane w chorobach gorączkowych w należytych dawkach ciepłotę obniżają, lecz zarazem zauważono przy używaniu ich upadek sił i tętna u chorego. Trzeba tedy z obawy, aby opad sił nie stał się groźnym, uciekać się do środka pobudzającego, jakim jest wyskok. Tak samo używanie zimnych kąpieli w chorobach gorączkowych wywołało potrzebę podawania wyskoku. Niemniéj odkrycie pasorzytów chorobotwórczych podało nam nowe wskazanie do użycia napojów wyskokowych. W téj walce ustroju ludzkiego z pasorzytem drobnowidowym główném zadaniem lekarza jest, aby przez podtrzymanie sił dać coś organizmowi do strawienia grzybków, bo leków wprost na grzybki działających mamy bodajże dwa. Tu nam zapytać się wypadnie, przez co wyskok podtrzymuje siły? Wyskok, jak doświadczenia fizyjologom pokazały, wywiera wpływ na obniżenie przemiany materyi, ogranicza bowiem z pewnością rozkład białka, a tém samém przynosi chorym gorączkującym znaczny pożytek. Nabiera on przez to znaczenia prawdziwego środka odżywczego, tém bardziéj, że według poszukiwań Binza spalenie się jego w ustroju nie ulega wątpliwości. Autor ten obliczył, że przez dostarczenie ustrojowi 1 litra dobrego wina reńskiego dziennie trzecią część jednostek cieplikowych się pokrywa. Działanie jego jako środka pobudzającego serce także jest nieposlednem, ale w tym celu należy go stósować ostrożnie i jedynie w stanach chorobowych prędko przemijających. Niemniéj pewném jest, iż obniża ciepłotę ciała — działanie to jednak nie występuje po małych dawkach. Binz przepisuje ilość odpowiadającą 40 grm. bezwodnego wyskoku na dawkę. Téj jego działalności nie należy lekceważyć przy długo trwającym stanie gorączkowym, zwłaszcza obok jego własności żywiącéj. Jako taki jest cennym środkiem dla długo gorączkujących a wycieńczonych chorych na płuca. Własność przeciwgnilna wyskoku prawie wcale w lecznictwie nie bywa zużytkowaną — lud wiejski posługuje się nim do zalewania ran świeżych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## Zjazd V lekarzy i przyrodników polskich.

W skutek starań Komitetu Wystawy, mającéj być otwartą w czasie V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, uzyskano od Dyrekcyj kolei:

Karola Ludwika
lwowsko-czerniowieckiéj
austr. państwowéj
węgierskiéj państwowéj
I. węg. galicyjskiéj
północnéj Ferdynanda

tego rodzaju obniżenie opłat za przewóz przedmiotów na wystawę przeznaczonych, że transport wszystkich niesprzedanych na wystawie przedmiotów z powrotem do pierwotnego miejsca nadania będzie bezpłatnie uskutecznionym i to od dnia zamknięcia wystawy aż po dzień 15 sierpnia 1888.

Bliższe warunki, pod jakiemi wystawcy mogą korzystać z powyższego obniżenia, są:

1. do listu frachtowego przesyłki na wystawę przeznaczonéj należy dołączyć świadectwo Komitetu wystawowego, zawierające nazwisko wystawcy i rodzaj przesyłki;

2. po zamknięciu wystawy mają przedmioty wracać tą samą rutą kolejową, którą na wystawę były przewiezione, a wystawca tylko wówczas może żądać transportu téj przesyłki z powrotem jako pospiesznéj (*Eilgut)*, gdy przedmioty przy transporcie na wystawę jako przesyłki pospieszne były opłacone;

3. przy powrocie należy dołączyć do nowego listu frachtowego także i pierwszy list frachtowy, a nadto potwierdzenie

Komitetu wystawy, iż przedmioty wracające były wprawdzie wystawione lecz nie zostały sprzedane;

4. przesyłki tego rodzaju nie mogą być obciążone jakiémkolwiek pobraniem;

5. wszelkie uboczne należytości należy w całości zapłacić tak przy transporcie na wystawę jakotéż i przy powrocie.

Lwów dnia 4 czerwca 1888.

W imieniu Komitetu wystawy

*Dr. Merunowicz.*

---

Dalszy spis wykładów zgłoszonych na Zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie:

Dr. T. Stachiewicz z Görbersdorfu: Rokowanie w gruźlicy płuc.

Dr. Ż. Krówczyński ze Lwowa: 1) Poronne leczenie kiły. 2) Jakie leczenie kiły daje najlepsze wyniki.

Prof. Dr. Hlava z Pragi: 1) O tak zwanéj infekcyi krwotocznéj.

Tenże: 2) O durze osutkowym ze stanowiska etyjologicznego i anatomo-patologicznego.

Tenże: 3) Temat zastrzeżony.

Doc. Dr. Obrzut z Pragi: 1) O przyczynach anatomicznych żółtaczki w przebiegu zapaleń śródmiąższowych chronicznych wątroby.

Tenże: 2) O ostrym ziarnistym zaniku nerek po płonicy.

Dr. H. Pacanowski z Warszawy: Kilka uwag w kwestyi t. zw. zanikowego nieżytu żołądka.

Dr. Jakowski i Dr. Chrostowski z Warszawy: Epidemiczne zapalenie płuc i wyniki badań bakteryjologicznych, dokonanych podczas spostrzeganéj w Warszawie epidemii.

Odczyt Dra A. Sokołowskiego z Warszawy taki ma właściwy tytuł: O wyleczalności i leczeniu miejscowém tak zwanych suchot krtaniowych.

---

## V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

### Jeszcze o należytościach za czynności sądowolekarskie.

Poseł Dr. Kindermann mówił dnia 24 maja w izbie poselskiéj wiedeńskiéj o sprawie tylekroć poruszanéj bezskutecznie przez nasze Towarzystwa lekarskie. Ze względu na to, że przedmiot ten obchodzi żywo bardzo wielu kolegów, podajemy na tém miejscu streszczenie przemówienia tego posła.

Ze wszystkich krajów koronnych dochodzą skargi z powodu niedpowiedniego wymiaru należytości za czynności sądowolekarskie, a pomiędzy skargami temi ze strony lekarzy a skargami ludzi innych zawodów zachodzi ta różnica, że żądania ostatnich bywają po największéj części uwzględniane, podczas gdy żalom pierwszych nie położono kresu, pomimo że powszechnie jest uznaną słuszność takowych. Mowca przytacza drastyczne, wszystkim zresztą znane przykłady wymiaru należytości, a porównywając ten stan rzeczy z faktami poruszonemi w mowie posła ks. Chotkowskiego o wynagrodzeniach za naukę religii w szkołach, dochodzi do wniosku, że lekarze częstokroć jeszcze mniejszém wynagrodzeniem zadowalać się muszą. Od lat kilkunastu dokładają lekarze zbiorowo usiłowań, aby taryfę odpowiednio zmieniono a w protokołach Zjazdu lekarzy austryjackich z roku 1873go wyczytać można o obszernéj rozprawie w tym przedmiocie. Znajduje się tam ustęp w mowie Dra Neustadta charakteryzujący dobitnie stan rzeczy. N. twierdził mianowicie, że podczas gdy władze rządowe zastosowały rozporządzenia istniejące względem nauczycieli, urzędników, słuchaczów teologii itd. do zmienionych stosunków, pozostawiono względem lekarzy przedawnioną taryfę z r. 1855 a nawet ją pogorszono dodatkowemi rozporządzeniami. W roku bowiem 1870 wykreślono w taryfie pozycyję, która przyznawała lekarzom osobne wynagrodzenie za osobne orzeczenia; wszelkie przedstawienia w tym kierunku były bez skutku. Na tym samym Zjeździe wyraził się Dr. Hock, że dalsze roztrząsanie kwestyi taryfy ubliża godności zawodu lekarskiego i dla tego uczynił wniosek, aby Zjazd przyjął bez dyskusyi szczegółowéj memoryjały lekarzy krakowskich i lwowskich.

Działo się to w roku 1873, dzisiaj po upływie lat 15stu stan rzeczy wcale się nie poprawił, zadawalamy się dawną taryfą pomimo gwałtownéj zmiany stosunków, jaka nastała od roku 1873. Od tego czasu datuje się bowiem znaczne podwyższenie ceny mieszkań i wiktuałów. Po raz wtóry zastanawiano się nad zmianą taryfy w roku 1876 na Zjeździe lekarskim w Wiedniu. Wtedyto zestawiono systematycznie pozycyje, na zmianie których najwięcéj lekarzom zależy, uznano bowiem, że taryfa obecnie obowiązująca nie poucza, za co właściwie przypada wynagrodzenie lekarzom, czy za stratę czasu, czy za samą czynność i zużycie narzędzi. Istnienie téj taryfy nacechowano jako obrazę stanu lekarskiego i żądano, aby za osobne orzeczenie przyznawaném było osobne wynagrodzenie. Wykreśleniu należytości za osobne orzeczenia towarzyszyło bowiem rozporządzenie pewnych sądów wyższych, aby lekarzy zmuszać do wydawania orzeczeń zaraz po dokonaniu oględzin lub sekcyi.

Kiedy w ogóle należy i można wydawać orzeczenia o tém rozstrzygać mogą jedynie lekarze, ci bowiem jedynie mogą ocenić, czy mają już dostateczne podstawy do orzeczenia. Profesorowie i lekarze sądowi w większych miastach mają codziennie sposobność wykonywania sekcyj, czasem nawet robią kilka sekcyj w jeden dzień. Lekarze w małych miejscowościach, chociażby nawet bardzo biegli w medycynie sądowéj, wykonywają taką czynność raz lub dwa razy do roku, ztąd pochodzi, że ostatni muszą mieć mniéj wprawy w wydawaniu orzeczeń, aniżeli pierwsi i wcale to nie może przemawiać na niekorzyść stanu lekarskiego. Tak jedni jak i drudzy poczuwają się do wielkiéj odpowiedzialności ciążącéj na nich, a gdyby lekarz mniéj wprawny wydał orzeczenie nieodpowiednie, może na nim słusznie ciążyć zarzut wyrządzenia krzywdy, gdyby orzeczenie takie nie zostało odpowiednio zmienione przez innego lekarza lub Wydział lekarski. To téż widoczna, że czas, kiedy należy wydawać orzeczenia, może oznaczyć jedynie lekarz i jemu téż powinno służyć prawo oznaczenia późniejszego terminu do wydania orzeczenia. Mowca przytacza, że niekiedy bywa wydanie orzeczenia trudném i wymaga dłuższego czasu, za co w obec rozporządzenia z roku 1870 nie należy się lekarzom żadne wynagrodzenie.

Inna sprawa poruszana również na Zjeździe w roku 1876 odnosi się do znanego rozporządzenia, które zmusza lekarzy do odbywania podróży na tym samym wozie z resztą członków komisyi, naturalnie ze względów na oszczędność. Lekarz jest w ten sposób zmuszony do stosowania się do reszty członków komisyi, którzy zatrzymują się zawsze w miejscu czynności urzędowéj celem przesłuchiwania świadków, sporządzania planów itp., podczas gdy lekarze marnując czas w ten sposób zaniedbują może równocześnie chorych, których w swoją opiekę wzięli. W obec osób innych zawodów przewidują ustawy koszta podróży i wyznaczają osobne wynagrodzenia, jedynie w obec lekarzy zaprowadzono oszczędność, która tutaj właśnie najmniéj jest usprawiedliwioną.

To były najważniejsze sprawy poruszane na Zjeździe w roku 1876. Od tego czasu posypały się liczne petycyje i przedstawienia tak do Ministerstwa sprawiedliwości, jakotéż do Rady państwa, wszystko to jednak bez skutku. Petycyja wniesiona w roku zeszłym ze strony Tow. lek. galicyjskich wymienia jeszcze raz te same niedostatki, a systematyczne pomijanie milczeniem usprawiedliwionych żądań lekarzy każe się domyślać, że nie chciano obciążać zbytecznie budżetu państwa, gdy przy innéj sposobności wspomina się lekko o nędznym milijonku. Mowca zestawia, jakie koszta przyznaje taryfa dla adwokatów w myśl odnośnego projektu ministerstwa sprawiedliwości i stara się wykazać, że zwiększenie wymiaru należytości dla lekarzy możnaby osiągnąć bez obciążenia budżetu państwa zmniejszając fundusz dyspozycyjny i fundusze gazet urzędowych. W końcu przemówienia wspomina mowca o szkodzie, jaka wynika dla lekarzy z wzywania ich jako t. zw. świadków-znawców; na dowód że lekarze w podobnych przypadkach wzywani otrzymują wynagrodzenia, które zaledwie pokrywają koszta rzeczywiście poniesione, przytacza mowca przypadek z własnego doświadczenia. W pierwszych latach praktyki wezwano go jako świadka do rozprawy ostatecznéj w Czeskiéj Lipie. W dzień rozprawy wyjechał wcześnie końmi najętemi do Schönlinde, ztamtąd udał się koleją do miejsca rozprawy. Rozprawa trwała cały dzień, za udział w niéj likwidował 22 złr., otrzymał jednak tylko 5 złr.! Doświadczenie to skłoniło mowcę do przezorności na przyszłość. Od tego czasu unika starannie wszelkiéj sposobności, aby go wzywano w charakterze świadka-znawcy, aby nie potrzebował dopłacać z własnéj kieszeni do takiéj czynności. Przypadek ni-

niejszy nie jest wcale odosobniony a czy podobne uchylanie się lekarzy od orzekania przy rozprawach ostatecznych w charakterze świadków znawców może być połączone z korzyścią dla sprawiedliwości, to łatwo każdy osądzi. *S.*

Prof. Fehling (Bazyleja): **O stosowaniu leków u kobiet karmiących i o wpływie mleka na oseska.**

Sądowy przypadek, w który zawikłał się lekarz, gdy po zastosowaniu morfinu u matki karmiącéj dziecko jéj wkrótce potém umarło, skłonił F. do przeprowadzenia szeregu badań, których wyniki autor podaje w następujących uwagach: O *Natrium salicylicum* wykazano, że nawet trzygramowe dawki nie wywołują żadnego szkodliwego wpływu u oseska. Jodku potasu podawano karmiącym kobietom 0·2 dziennie bez szkody dla dziecka. Przy podawaniu żelasinku potasu mocz dziecka wcale nie oddziaływał charakterystycznie nawet przy dawkach po 0·20, podczas gdy mocz matki wybitnie oddziaływał. Za to udało się bez wyjątku wykazać jodoform w moczu oseska wszędzie tam, gdzie rany na częściach płciowych matki zasypywano tym środkiem. Nie szkodziło jednak to dziecku nigdy a nawet kilkodniowe używanie jodoformu przy leczeniu rany pępka oseska nie przynosiło mu żadnéj szkody. Co do żywienia się karmiących matek wykazały odpowiednie doświadczenia wbrew mniemaniu powszechnie panującemu, że żywienie się kwaśnemi pokarmami, używanie kwasu cytrynowego, chlorowodowego lub octowego nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na zdrowie dziecka. Największą wagę dla praktyki mają doświadczenia F. o działaniu na dziecko leków odurzających, zastosowanych u matki. Co do makowca pokazało się, że matka może zażyć 25 kropli *tinct. opii simpl.* bez żadnego wpływu na dziecko. Morfinu podawano podskórnie aż do 0·02, a w znacznéj większości przypadków nie było żadnego działania na oseska. Chloral w dawkach 1·5—3·0 również żadnego oddziaływania nie wywołuje, trzeba tylko uważać na to, aby dawki w pewnych tylko przerwach powtarzano. Przy podawaniu atropinu w zwykle używanych dawkach można było wykazać wybitnie przechodzenie działania z matki na dziecko. Na pytanie, jak się trzeba zachować w obec chorób gorączkowych u karmiących, odpowiada F., że z wyjątkiem ciężkich chorób, jak płonicy, róży z gorączką przekraczającą 40° mleko gorączkujących kobiet nie szkodzi dzieciom. (*Intern. klin. Rundschau* 1888, Nr. 15).

*Dr. R. Spira.*

## VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 czerwca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawił Dr. Idziński żołnierza, który po urazie w głowę doznał zaniku mięśni ramienia lewego. W dyskusyi przemawiali Dr. Sroczyński, Krokiewicz, Warschauer, prof. Cybulski, Dr. Gross, Zaręba, prof. Oettinger, Dr. Schaitter i prelegent. Doc. Mars podał uwagi nad badaniem ginekologiczném za pomocą palca.

* Z Akademii. Prof. Teichmann wybrany został ponownie na 2 lata dyrektorem Wydziału matematyczno-przyrodniczego w Akademii umiejętności. W tymże Wydziale prof. Cybulski przedstawił rozprawy kand. med. Czaplińskiego i Rosnera oraz Becka, a wreszcie rozprawę swoją razem z kand. Beckiem wykonaną p. t.: „Spostrzeżenia nad poczuciem smaku u chorego, któremu język został odcięty“.

* Rodak nasz i współpracownik Dr. St. Szcz. Zaleski, docent w Dorpacie, otrzymał od Urzędu marszałkowskiego w imieniu Cesarza niemieckiego podziękowanie za artykuł ogłoszony w *Berl. klin. Woch.* (poprzednio w naszym tygodniku) o kaniulach srebrnych. Stosownie do jego wskazówki zmieniono u Cesarza kaniulę srebrną na aluminiową, która bardzo dobre oddaje usługi.

* W ostatnim Numerze czaspisma *Bulletin de la Societé d. méd. de Jassy* znajduje się rozprawa p. t. *Appareil corset à fractures* napisana przez naczelnego lekarza 4go korpusu armii rumuńskiéj, Dra Gustawa Otrembę, krakowianina i wychowańca naszego Uniwersytetu.

* W Berlinie odsłonięto w klinice ginekologicznéj biust marmurowy prof. Schrödera, w Lipsku zaś na cmentarzu św. Jana pomnik Cohnheima.

* Czasopismo *Revue slave de biologie* przestało wychodzić w Paryżu; natomiast Dr. Mendelsohn zamierza wydawać w Petersburgu *Revue slave des sciences médicales.*

* Z Petersburga otrzymujemy zawiadomienie, że 28 lutego rb. odbyło się zagajenie posiedzeń Towarzystwa rosyjskiego antropologicznego. Na czele Towarzystwa stoi prof. geologii Inostroncew, zastępcą jego jest prof. anatomii Taranecki, sekretarzem jeneralnym docent Dr. Daniłło.

* **Rosyja.** Przybytek (czech), laborant przy zakładzie chemii w Uniw. petersb. mianowany został profesorem adjunktem chemii farmaceutycznéj w Akademii wojskowo-lek. w Petersburgu.— Obywatelka m. Penzy Kisielewa zapisała 50.000 rs. na zakład psychijatryczny w Petersburgu. — W kwietniu odbył się w Petersburgu Zjazd okulistów wojskowych dla omówienia kwestyj tyczących się higijeny ócz w armii rosyjskiéj i zmiany paragrafów ustawy rekrutacyjnéj, odnoszących się do chorób ocznych, które od służby uwalniają. — Dzieło Dra Blażekoviča z Budapesztu „Oftalmologija weterynarska“ wyszła w przekładzie rosyjskim w Charkowie.

* **Odznaczenie.** Prof. anatomii opisowéj Toldt wybrany został zwyczajnym członkiem Akademii Umiej. w Wiedniu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruk.** Docent prywatny Dr. Gustaw Pommer mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii patologicznéj. — **Budapeszt.** Habilitowali się Drowie: Frank (dla higijeny), Lenhossek (dla anatomii) i Szabo (dla położnictwa). — **Rostok.** Prof. Uffelmann objął nowo zbudowany zakład dla higijeny. — **Würzburg.** Docent chemii Dr. Knorr zamianowany został nadzw. profesorem.

* **Nekrologija.** Wilhelm Macewen *redivivus!* Nie zasłużony chirurg umarł, lecz internista Dr. H. C. Macewen, asystent szpitala w Glasgowie.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.**

W *Medycynie* Nr. 22: Głogowskiego: Kilka szczegółów o trujących własnościach moczu ludzi zdrowych (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Elsenberga: Przypadek pokrzywki barwikowéj; Przedborskiego: Nieżyt przewlekły nosa i związek jego z cierpieniami innych narządów. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 5: Rzeczniowskiego: O hypnotyzmie w medycynie (c. d.). — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 6: Królikowskiego: Przyczynek do operacyi wyłuszczenia raka narządów płciowych u psów; Walentowicza: O wpływie n. nasieniowego zewn. na wydzielanie mleka u owiec i kóz (c. d.).

**Redakcyja otrzymała:**

Dr. G. PIOTROWSKI: Badania nad unerwieniem naczyń (z zakładu prof. Cybulskiego). Kraków 1888, in 8o, str. 41 z 4 rycinam. (Odbitka z *Przegl. Lek.*).

**Sprostowanie.** W rozprawie Dra Stachiewicza na str. 293 zamiast „ilość plwocin przez dobę 80—1000gr. winno być „*80—100*grm.“, daléj zamiast 899gr. „*89*grm.“, wreszcie zamiast 0·05 kreozotu „*0·03*“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.